

介護保険料減免申請書

白杵市長 中野 五郎 様

申請者住所
申請者氏名
被保険者との関係
(連絡先)

白杵市介護保険条例第9条第1項第5号の規定に基づき、介護保険料の減免を受けたいので次のとおり申請します。なお、当該事由に該当しなくなった場合は、速やかに届け出るとともに、減免の一部又は全部を取り消されても異議はありません。

記

1 被保険者等

氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名		主たる生計維持者	

2 保険料等

対象年度	徴収区分	納 期	保険料額
		合 計	

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。

- 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため
- 主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれるため
- 主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため

*この減免を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。

【同意事項】※内容に同意のうえ、□に「✓」チェックをつけ下さい。

白杵市が行う次の事項に関し同意します。

- 決定要件の妥当性等を審査するため、必要な書類、所得・課税情報等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めること
- 新型コロナウイルス感染症の影響による後期高齢者医療保険料及び国民健康保険税の減免に関することについての市役所担当課との情報共有すること